RESEARCH HIGHLIGHT

September 2005 Socio-economic Series 05-027

HOMELESSNESS, HOUSING, AND HARM REDUCTION: STABLE HOUSING FOR HOMELESS PEOPLE WITH SUBSTANCE USE ISSUES

INTRODUCTION

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of innovative housing programs for persons who are homeless or at risk of homelessness and who use substances (e.g. drugs, alcohol or other substances). The research specifically examined which housing interventions and factors that incorporate a harm reduction approach best help this population access and maintain stable housing.

Three research questions were addressed:

1. How effective are innovative or alternative residential housing programs for homeless people with substance use issues, especially those that incorporate high-tolerance or harm reduction into a supported living environment?
2. To what degree is secure and stable housing crucial to successful substance use treatment models?
3. Do harm reduction strategies, as part of supportive housing, enhance the stability and longevity of housing tenure for homeless people with substance use issues?

TERMINOLOGY

Harm reduction

Harm reduction is defined as an approach aimed at reducing the risks and harmful effects associated with substance use and addictive behaviours, for the person, the community and society as a whole, without requiring abstinence. This study makes a distinction between approaches that are primarily a "tolerance of consumption" and approaches that actively engage clients in making positive changes in their lives.

> Harm reduction implies that it's not merely management of one problem (e.g. in a way that a disease like diabetes would be treated) but takes the broader context into account and includes other behaviours that create harm in the lives of people. The approach is based on getting people to invest in the idea that their lives can be different. Reducing consumption of substances is a goal only if the client identifies it as such.
>
> *Ottawa Inner City Health Project (OICHP), Ottawa*

Housing first

In this study, "housing first" is defined as the direct provision of permanent, independent housing to people who are homeless. Central to this idea is that clients will receive whatever individual services and assistance they need and want to maintain their housing choice. The housing is viewed primarily as a place to live, not to receive treatment.

METHODOLOGY

The researchers undertook a literature review and profiled 13 initiatives in Canada, the U.S. and the U.K. Twelve of these projects are providing housing and services to people who are homeless or at risk of homelessness and who use substances. A thirteenth program was in the planning stages. All the projects incorporate a harm reduction approach.

Canada

CMHC SCHL
HOME TO CANADIANS

Information for the case studies was obtained through interviews with service provider personnel most knowledgeable about the program. In addition, the researchers sought to obtain written documentation about the initiative, such as annual reports, policies, and evaluations, if available. The researchers also conducted face-to-face interviews with 33 individuals who were living in (or had lived in) housing provided by the case study agencies and/or were receiving services from these agencies. Interview guides were used for all interviews.

FINDINGS

Eight of the programs provide housing in buildings dedicated to their target population or a similar clientele. With four other programs, the housing units are integrated within non-profit or private rental buildings that serve a mix of tenants (e.g. scattered sites), or the program provides a mix of options (See Table 1). In one of these programs, the sponsor agency purchased 22 condominium units and rents them to their clients. Another program is planning to develop a new building to be dedicated to the target group.

In all 13 of the case studies profiled (see Table 2), the agencies work to actively engage their clients in making positive changes in their lives. Some of the approaches used include motivational interviewing (to help clients enhance their motivation to address their substance use issues), focusing on the strengths and capacities of each individual—rather than on their limitations, and providing the necessary support and information to help clients reduce their substance use or to use more safely. As stated by one agency, the approach is one of "persistence" rather than "insistence".

Answers to research questions

1. Based on a review of the literature and the programs profiled in this report, a harm reduction approach combined with supportive housing can be an effective way to address the needs of homeless people who are dealing with substance use issues.
2. The literature is clear that effective treatment for homeless people with substance use issues requires "comprehensive, highly integrated, and client-centred services, as well as stable housing".[1] Housing is essential both during and following treatment. The literature review also found growing evidence that supported housing is essential *regardless* of treatment. In the programs profiled in this report, safe and secure housing was identified as a key factor that makes it possible for residents/program participants to address their substance use issues and to become abstinent, reduce their substance use, or reduce the negative impacts of their use.
3. The programs profiled in this report found that the participants had undergone a number of positive changes since they became involved. One of the most frequent changes noted was stable housing tenure. Using a harm reduction approach which provided for flexibility and focused on the individual needs of each client was identified as a key factor for success.

Agency Key Informants

The programs described in the case studies are effective in addressing the needs of people who are homeless and have substance use issues. All the agency key informants reported that their clients have undergone positive changes since becoming involved in the project. The most frequent changes noted were around housing stabilization, substance use, physical and mental health, and income. The agency key informants also reported that some of their clients were participating in employment training, while others had returned to school. In addition, some clients were able to develop social networks and/or re-establish contact with their families.

When asked what they thought were the most effective services they provided, almost all the agency key informants identified housing. Housing provided the safety and security that made it possible for people to begin to reduce their substance use. Housing also provided a base for the residents to form friendships, get to know and respect themselves, develop and establish their own networks, and become connected to the community.

[1] Kraybill, Ken, Suzanne Zerger and National Health Care for the Homeless Council. 2003. *Providing Treatment for Homeless People with Substance Use Disorders, Case Studies of Six Programs*. National Health Care for the Homeless Council. p. 16 Available online at: www.nhchc.org.

Agency key informants also identified the following as reasons for success:

- a harm reduction approach—which provides the context for flexibility and a "client-centred" approach in working with program participants/residents;
- flexible and intensive case management—based on a trusting and respectful relationship, including a relationship that helps provide hope, optimism and real opportunities for moving beyond homelessness;
- a high level of support—particularly being available in the evenings and on weekends;
- the role of staff—their approach, attitude of helpfulness and way in which they treat participants with respect;
- collaboration among agencies—particularly between the housing and service providers;
- connections with community services—to help participants get involved in community activities and be able to contribute to the community;
- social activities for the program participants/residents—including communal meals; and
- stable funding.

Resident/program participants

The information provided by the agency key informants is supported by what the residents/program participants had to say. When asked about the factors most responsible for the changes in their lives, the most frequent response was housing—having a place to live. Participants also discussed how the support they received from the case study agency was responsible for the changes in their lives. Participants indicated that they value staff who are friendly, caring, supportive, responsive, helpful and compassionate. They want to be treated with respect, "like a person". They identified a need for staff to be well-trained and knowledgeable about their issues. They also stated that experience is important—experience working with the target population and also real-life experience.

> The focus is "empowerment" with an emphasis on the strengths and capacities of the person rather than the substances that they consume.
>
> *Services à la Communauté (CDC), Montréal*

When discussing what was important to them in terms of their housing, participants indicated that they want affordable housing in quiet neighbourhoods away from drug dealing but accessible to public transportation, amenities and services. It is clear that a range of housing options is necessary to meet the needs of the target group. While some individuals prefer the anonymity and strictly "landlord-tenant" relationship that occurs with scattered site housing, others prefer the camaraderie, group activities and sense of community that is available in dedicated buildings.

While both agency key informants and residents/program participants discussed the importance of housing and support, it is the *combination* that holds the key to success. There had been times in their lives when the residents/program participants had been housed, but without success. Most housing providers would never house them again. What makes the case study initiatives documented in this report so compelling is their degree of success in helping the participants to turn their lives around.

The changes are especially remarkable, given how little *demand* is placed on clients to engage in programs or transform themselves. However, the relationship between staff and their clients is not hands off. While participation in services is always voluntary, staff work to engage clients and encourage their participation in service planning, external treatment and service use. Perhaps the element of choice is another key to success. As suggested by a key informant, giving clients the treatment they want, allows them to select the treatment they need. At the same time, the study shows that no single model or approach will meet the needs of every person.

> Hearth Connection considers it easier and more beneficial to incorporate support services and focus on other root causes of harmful and risky behaviours when participants are housed than when they are on the street or in a shelter and struggling to survive. "Housing first", however, does not mean "support second." Participants are supported from the time they first enrol in the program while still homeless, through the housing search, and then for as long as needed after they are housed.

QUESTIONS FOR FURTHER RESEARCH

A number of questions emerged from this research that merit further study. These include:

- What are the advantages and disadvantages of dedicated housing compared to a scattered sites approach, and under what circumstances will it be more advantageous to choose one approach over the other?
- What are some of the best ways to help people who have been homeless develop social networks and become integrated into the community?
- What are some successful strategies for dealing with the co-existence of residents who are abstinent (particularly those who are newly abstinent) with those who aren't?

CONCLUSIONS

Perhaps the most significant finding that emerges from this study is the degree of success that can be achieved with the "housing first" approach. The case studies show that most people who are homeless, even if they have substance use issues and concurrent disorders, can be successfully housed directly from the street if they are given the right supports when they want them.

While there is need for a range of housing options and services to address homelessness, this research recommends that policies and programs for addressing homelessness should be expanded to allow for a "housing first" approach so that people who are homeless can have direct access to permanent housing, with supports as needed and wanted.

This report further recommends that policies and programs for addressing homelessness be based on the principle of "putting the client at the centre". This means providing people who are homeless with choices about their housing. It also means questioning whether the distinction between "permanent" and "transitional" housing continues to be useful, if there are any reasons for housing programs to impose time limits regarding a resident's length of stay, and if so, under what circumstances. If the goal is to end homelessness, the results of this study make it clear that, for many people who are homeless, a "housing first" approach would in many instances make this possible.

The term "hard-to-house" should be put to rest. The interviews show that homeless people with complex needs can be housed successfully, as long as they have the right kind of support that meets their needs. The participants were clear about what is important to them. They want to be treated with respect. They don't want to be treated as a number. It is also important to consider their strengths. One participant pointed out that the people in her building are "vibrant and wonderful. It is important to recognize this".

There is increasing awareness of the concept of harm reduction, yet it is not widely understood. This report recommends greater education and information about harm reduction and how it can work. The researchers believe that a better understanding of the approach and its positive impacts will mitigate some of the misinterpretation and negative perceptions. As more policy makers are informed about the potential for harm reduction to achieve positive outcomes, this approach should receive greater support and acceptance.

Perhaps what is especially significant in the findings from these case studies is that if solutions can be found for this population—those with complex needs and who have the longest history of living on the streets—then perhaps key elements that distinguish the case studies, such as "housing first" or a client-centred approach, can be applied to address the needs of other people who are homeless—people who are newer to homelessness and who are not confronted by the multitude of problems that persons described in this report deal with on a daily basis.

Table 1: The 13 Case Studies showing Type of Clients served and Type of Housing used

Project	Type of clients	Type of housing	Number of units	Type of unit	Type of provider	Scattered Site vs. Dedicated[2]
Canadian						
1. Princess Rooms, Vancouver	• Single adults—men and women • Chronically homeless with high rates of repeat shelter use, complex health needs, challenging behaviours, and histories of evictions. • Most have a mental health diagnosis, substance use issues and a concurrent disorder	Transitional. No maximum length of stay.	45	Private bedroom with kitchenette. Shared bathroom	Non-profit	Dedicated
2. Eva's Satellite, Toronto	• Youth (16-24) • Homeless • Most are actively using drugs and/or alcohol and are unable to access mainstream, abstinence-based youth shelters	Shelter. No maximum length of stay	30	Shared	Non-profit	Dedicated
3. Canadian Mental Health Association, Ottawa	• Most are single men and women • Some families with children • Homeless or at risk • Serious mental illness and, in many instances, substance use issues (i.e. concurrent disorders)	Permanent	80	Most are self-contained	Non-profit Private rental Condos[3]	Mostly scattered sites
4. Ottawa Inner City Health Project, Ottawa	• Single adults—mostly men • Chronically homeless • Complex health needs and challenging behaviours. All have physical needs related to substance use and mental health issues.	Full range from short-term to permanent	No fixed number	Mix of options: Shared and self-contained	Non-profit	Dedicated and scattered sites
5. Services à la Communauté (CDC), Montréal	• Single adults—men and women • Homeless • Substance abuse issues	Permanent	No fixed number	Mix of options: Shared and self-contained	Non-profit	Dedicated
6. Chambreclerc II, Montréal	• Single adults—men and women • Chronically homeless • Mental illness and a substance abuse disorder	Permanent	24 rooms	Private bedrooms. Shared kitchens and bathrooms	Non-profit	Dedicated

[2] The entire building is dedicated to the target population or a similar clientele.

[3] Owned by the program sponsor, CMHA, and rented to their clients.

Table 1: The 13 Case Studies showing Type of Clients served and Type of Housing used (Cont'd)

Project	Type of clients	Type of housing	Number of units	Type of unit	Type of provider	Scattered Site vs. Dedicated
U.S.						
7. Lyon Building, Seattle	• Single adults—men and women • Homeless • Have two of the following three diagnoses: HIV/AIDS, mental illness and substance use issues	Permanent	64 units	Self-contained	Non-profit	Dedicated
8. Supportive Housing and Managed Care Pilot (SHMCP), Minneapolis	• Families with children • Single men and women • Long histories of homelessness and high service utilization • Homelessness is exacerbated by other issues such as medical problems, mental illness, chemical dependency, and histories of trauma	Permanent	144 households served	Self-contained	Mostly private rental; some non-profit	Mostly scattered sites
9. Anishnabe Wakiagun, Minneapolis	• Single adults—men and women—Mostly American Indians • Formerly homeless, mostly from the streets or detox facilities • Most are affected by late stage chronic alcoholism	Permanent	40 rooms	Private bedroom. Share bathrooms. Facility provides meals	Non-profit	Dedicated
10. Pathways to Housing, New York	• Single adults—men and women • Chronically homeless persons with mental illness • 90 per cent have a substance abuse disorder	Permanent	500 tenants	Self-contained	Private	Scattered sites
United Kingdom						
11. Heavy Drinkers Project, Manchester	• Single adults—men and women • Many are homeless and have long histories of unsettled accommodation • Long-term heavy drinkers	Permanent	36 places	Mix of options: Shared and self-contained	Non-profit	Dedicated
12. In Partnership Project, Blackburn	• Youth—single women (16-25) • Most have had very chaotic lives • Substance use issues	Transitional—2 year maximum	17 units	Self-contained	Non-profit	Dedicated
Planned Project						
13. Situation Appropriate Supportive Housing (SASH), Halifax	• Single adults—men and women • Homeless • Experience significant impairment because of a mental illness and co-occurring substance use issues • Transitional (no maximum length of stay)	Emergency units	25 units	Transitional are self-contained. Emergency units have private bed/bathrooms	Non-profit	Dedicated

Table 2: Model of service delivery used in each case study

Project	Model of service delivery	Harm reduction approach and substance use
Canadian		
1. Princess Rooms, Vancouver	Modified version of ACT/intensive case management. 24 hour on-site staffing. Also incorporates motivational interviewing*, the strengths model (which focuses on clients' resources and abilities), psychosocial rehabilitation, stage-wise case management, comprehensiveness, life skills and social skills.	Uses harm reduction as a set of beliefs, principles and strategies to help residents minimize the harms associated with high-risk behaviours. This includes helping residents move to less harmful substances and reduce their use. Triage also supports residents wishing to enter substance use treatment.
2. Eva's Satellite, Toronto	Focuses on respecting the individual dignity and self-determination of all clients, making client-driven referrals and decisions, explaining decisions to clients with clarity and respect, maintaining client confidentiality, and providing appropriate services and programs.	Approach involves developing an honest and trusting relationship with each youth, engaging with the youth and supporting them to take one step at a time, and informing youth of ways to stay healthier and reduce the harms associated with their lifestyle and substance use. The goals are to help clients stay safer and healthier by making useful choices for themselves.
3. Canadian Mental Health Association (CMHA), Ottawa	Short and long-term intensive case management available until 10:00 p.m. 365 days/year. Services are flexible and portable—they follow clients wherever they live. Intensity varies according to the client. Incorporated motivational interviewing. Delivered where the client wants—at home or on the street.	Encourages clients to reduce their use or move to less harmful substances.
4. Ottawa Inner City Health Project (OICHP), Ottawa	Services offered are on multiple levels—the first is health care—the primary goal of OICHP. Includes whatever elements are needed to stabilize and improve the health of the client, which can range from offering safe alcohol to treatment of medical conditions. Other services are based on the goals of the client. Partner agencies can be included to help meet these goals. Long-term support for those with severe or persistent mental illness is available through Canadian Mental Health Association or the ACT programs.	Harm reduction implies that it's not merely management of one problem (e.g. in way that a disease like diabetes would be treated) but takes the broader context into account and includes other behaviours that create harm in the lives of people. The approach is based on getting people to invest in the idea that their lives can be different. Reducing consumption of substances is a goal only if the client identifies it as such.
5. Services à la Communauté (CDC), Montréal	Varies by project. Most buildings have permanent staff but rely on community and public agencies for services such as health.	The focus is "empowerment" with an emphasis on the strengths and capacities of the person rather than the substances that they consume.
6. Chambreclerc II, Montréal	A range of services is offered, some in the project itself (e.g. recreation activities, common meals) while others are part of the network of services in the downtown area (e.g. health services). Work is done on an individual level between staff and clients. Staff are present an average of 21 hours/day.	Approach is to have residents begin to recognize the impact of their consumption and help them to find ways to reduce the problems related to the consumption. Harm reduction is understood as: reduce consumption, change consumption habits (e.g. move away from hard drugs, safe disposal of used syringes) or ensure that there is not an increase in use. The process is understood to be a long-term project with likely relapses and difficulties.

* "Motivational Interviewing is . . . a popular method of intervention within the field of drugs and alcohol. It is considered by many to be an effective tool for working with people with "compulsive" or "addictive" behaviour. Motivational Interviewing is a client-centred approach that strategically directs clients to examine, explore, and resolve the ambivalence they have about their behaviour . . . (It) works on the assumption that people have implicit attachments to the behaviours they engage in . . ." www.smmgp.demon.co.uk/html/articles/art004.htm

Table 2: Model of service delivery used in each case study (Cont'd)

Project	Model of service delivery	Harm reduction approach and substance use
U.S.		
7. Lyon Building, Seattle	Community support case management. Three components: Case management from referring provider agencies; on-site clinical support services; and a flexible residential program designed to promote housing success. Motivational interviewing is used to help tenants address their substance use issues.[5] 24 hour on-site staffing.	The goal is to help tenants reduce the harmful effects associated with substance use and foster a relationship where staff and tenants can work together to establish "therapeutic rapport" and develop strategies to reduce substance use. Staff deliver a consistent message to encourage tenants to make changes in their lives to reduce their use of substances, move to less harmful substances, or enter treatment. One of the staff mottos is "persistence rather than insistence".
8. Supportive Housing and Managed Care Pilot (SHMCP), Minneapolis	Case management. Services are flexible, creative and depend on each participant's goals. One provider team uses a modified version of ACT. Some provider teams hire staff from a variety of disciplines e.g. nursing, social work, psychology, or will assign staff as experts in a particular area, such as substance use, mental health or harm reduction. Depending on the individual or family, staff use techniques such as stages of change[6] and motivational interviewing to engage participants to reduce harm in their lives.	Participants are always encouraged to cut down on their use. Substance use is never condoned, but providers are sensitive to how difficult addiction is and how it is often intertwined with participants' mental and emotional health. Providers work closely with participants to make sure they understand how their use is harmful, not only to their health, but how it may impact their family, friendships, housing, and employment.
9. Anishnabe Wakiagun, Minneapolis	A case manager focuses largely on health and medical issues. Helps clients access the most appropriate services. Aspects of the program and services are specifically designed to reflect the values of Aboriginal people. Two staff are on duty at all times—24 hours/day.	Wakiagun residents may drink in their own rooms, but may not drink in any of the building's public spaces or outside on the grounds, and they are not permitted to drink with friends who come to visit. The use of drugs in the building can result in immediate discharge and Wakiagun does not permit possession, use or distribution of illegal drugs.
10. Pathways to Housing, New York	ACT team, made up of social workers, nurses, psychiatrists, and vocational and substance abuse counsellors who are available 7 days a week, 24 hours/day. Clients can choose the frequency and type of services they receive. Team also includes a housing specialist to coordinate housing services. Housing and treatment are closely linked but separate. Clients may accept housing and refuse clinical services.	No requirement of sobriety or psychiatric treatment is imposed on clients, but support is offered by ACT teams. Relapses are normal and should be expected.

[5] This approach is designed to help tenants address their ambivalence and explore options for changing their behaviours regarding substance use.

[6] Stages of change are, "(F)undamental stages through which individuals typically progress when making behavioral changes: precontemplation, contemplation, action, and maintenance of change." http://vhaaidsinfo.cio.med.va.gov/aidsctr/safer-sex/ss16.htm

Table 2: Model of service delivery used in each case study (Cont'd)

Project	Model of service delivery	Harm reduction approach and substance use
United Kingdom		
11. Heavy Drinkers Project, Manchester	The focus is on providing support to develop life skills, address alcohol issues, and discuss needs and aspirations. Staff act as coordinators for other services and are on site 24 hours/day. Work is also undertaken on supporting residents to access statutory services.	Demands are not made for residents to stop or reduce their alcohol use. Instead residents are supported to address issues such as housing, health, social networks, family, and occupation. Residents are encouraged to look at the impact of alcohol use, move to other less harmful types of alcohol and, over time, reduce consumption.
12. In Partnership Project, Blackburn	One-to-one or group work sessions. Services delivered by staff or external partners. The framework for support is the Structured Day Program that is tailor-made for each resident.	Approach is to help the residents move to safer use of substances (e.g. clean needles). The focus is not on rehabilitation and detox, but more on getting the women ready for this, if they desire.
Planned Project		
13. Situation Appropriate Supportive Housing (SASH), Halifax	Plan to use case management approach where each resident will be assigned to one staff person as their primary contact and case manager. The strategy will focus on integrating health care and social service resources and doing "what works" at a particular time with a particular individual. As with its other buildings, MNPHA also plans to implement a community development approach. The goal is to have three staff on duty at all times—24 hours/day.	Plans to "accept people where they are at", and to provide housing with very few demands. There will be no expectations that residents participate in recovery programs or take their medications if they don't want to. MNPHA hopes that residents will want to engage in these activities, but will not require them to do so.

CMHC Project Manager: Jim Zamprelli

Research Consultants:
Deborah Kraus, Consultant
Luba Serge, Consultant
Michael Goldberg, Social Planning and Research Council of B.C.

Housing Research at CMHC

Under Part IX of the *National Housing Act*, the Government of Canada provides funds to CMHC to conduct research into the social, economic and technical aspects of housing and related fields, and to undertake the publishing and distribution of the results of this research.

This fact sheet is one of a series intended to inform you of the nature and scope of CMHC's research.

To find more *Research Highlights* plus a wide variety of information products, visit our website at

www.cmhc.ca

or contact:

Canada Mortgage and Housing Corporation
700 Montreal Road
Ottawa, Ontario
K1A 0P7

Phone: 1 800 668-2642
Fax: 1 800 245-9274

©2005, Canada Mortgage and Housing Corporation
Printed in Canada
Produced by CMHC 16-08-05

OUR WEB SITE ADDRESS: www.cmhc.ca

Although this information product reflects housing experts' current knowledge, it is provided for general information purposes only. Any reliance or action taken based on the information, materials and techniques described are the responsibility of the user. Readers are advised to consult appropriate professional resources to determine what is safe and suitable in their particular case. Canada Mortgage and Housing Corporation assumes no responsibility for any consequence arising from use of the information, materials and techniques described.

64031

LE POINT EN RECHERCHE

Septembre 2005

Série socio-économique 05-027

ITINÉRANCE, LOGEMENT ET RÉDUCTION DES MÉFAITS : DES LOGEMENTS STABLES POUR LES SANS-ABRI AYANT DES PROBLÈMES DE TOXICOMANIE

INTRODUCTION

Par cette recherche, nous voulions examiner l'efficacité de programmes de logement novateurs pour la clientèle itinérante ou risquant de le devenir et qui consomme des substances toxiques (drogues, alcool ou autres). Nous avons plus particulièrement examiné quelles interventions et quels facteurs liés aux logements avec volet de réduction des méfaits aidaient le mieux cette clientèle à accéder à un logement stable et à le conserver.

Nous avons abordé trois questions de recherche :

1. Quel est le degré d'efficacité des programmes de logement novateurs ou de rechange pour les personnes sans abri ayant des problèmes de toxicomanie, et en particulier celui des programmes intégrant un volet de réduction des méfaits ou de grande tolérance dans un cadre de vie avec services?
2. Dans quelle mesure un logement sûr et stable contribue-t-il à la réussite des modèles de traitement de la toxicomanie?
3. Dans le cadre des programmes de logement-services, les stratégies de réduction des méfaits améliorent-elles la stabilité et la durée de l'occupation des logements par les personnes sans abri ayant des problèmes de toxicomanie?

TERMINOLOGIE

Réduction des méfaits

La notion de réduction des méfaits consiste en une démarche visant à réduire, sans abstinence, les risques et les effets nocifs reliés à la toxicomanie et aux comportements de dépendance pour la personne, la collectivité et la société en général. Cette étude fait une distinction entre les démarches qui tolèrent la consommation de substances toxiques, et les démarches qui incitent activement les clients à opérer des changements positifs dans leur vie.

> La réduction des méfaits suppose qu'on ne se borne pas à la gestion d'un seul problème (comme pour le traitement d'une maladie tel que le diabète, par exemple); elle tient compte du contexte plus large et s'occupe des autres comportements qui causent des méfaits dans la vie des personnes. Cette démarche repose sur le fait d'obtenir des personnes qu'elles songent à l'idée que leur vie puisse être différente. La réduction de la consommation de substances toxiques ne constitue un objectif que si le client vise cet objectif.
>
> *Projet de santé urbaine d'Ottawa (PSUO), Ottawa*

Priorité au logement

Dans cette étude, la notion de priorité au logement consiste à fournir un logement permanent et autonome aux personnes itinérantes. Le principe central de cette notion est de procurer aux clients toute l'aide et tous les services dont ils ont besoin et qu'ils veulent pour conserver leur choix de logement. Le logement est considéré principalement comme un endroit où habiter et non comme un endroit où recevoir des traitements.

Canada

SCHL CMHC
AU CŒUR DE L'HABITATION

MÉTHODE

Les chercheurs ont entrepris une analyse documentaire et dressé le profil de 13 initiatives au Canada, aux États-Unis et au Royaume-Uni. Douze de ces 13 initiatives offrent des logements et des services aux personnes qui sont itinérantes ou risquent de le devenir et qui souffrent de toxicomanie. La treizième initiative n'avait pas encore franchi les étapes de la planification. Toutes ces initiatives comportent un volet de réduction des méfaits.

Les renseignements sur les études de cas ont été tirés d'entrevues menées auprès du personnel des fournisseurs de services le plus au courant de l'initiative. En outre, les chercheurs ont tenté d'obtenir de la documentation écrite sur l'initiative, dont des rapports annuels, des lignes de conduite et des évaluations, le cas échéant. Les chercheurs ont également mené des entrevues personnelles auprès de 33 personnes qui habitaient (ou avaient habité) un logement fourni par les organismes visés par les études de cas et/ou qui recevaient des services de ces organismes. On a utilisé des guides d'entrevue dans tous les cas.

CONSTATATIONS

Huit initiatives offrent des logements spécialement réservés à leur clientèle cible ou à une clientèle analogue. Dans quatre autres initiatives, les logements sont intégrés à des immeubles locatifs privés ou sans but lucratif qui desservent un éventail de locataires (à des endroits dispersés) ou qui offrent divers choix (voir Tableau 1). Dans l'une d'entre elles, l'organisme de parrainage a acheté 22 logements en copropriété qu'il loue à ses clients. Une autre initiative prévoit la construction d'un immeuble qui sera réservé à sa clientèle cible.

Dans les 13 études de cas dont nous avons dressé le profil (voir Tableau 2), les organismes s'efforcent d'obtenir de leurs clients qu'ils s'engagent à apporter des changements favorables dans leur vie. Au nombre des démarches employées, citons les entrevues motivationnelles (pour aider le client à vouloir régler ses problèmes de toxicomanie), l'insistance sur les forces et les ressources de chaque individu, plutôt que sur ses limites, et la fourniture d'information et du soutien dont le client a besoin pour l'aider à réduire sa consommation de substances toxiques ou à les consommer de façon plus sécuritaire. Comme l'a souligné un organisme, la démarche vise « la persistance, mais non l'insistance ».

Réponses aux questions de recherche

1. D'après l'analyse documentaire et les initiatives dont le profil est dressé dans le présent rapport, nous pouvons dire qu'une démarche de réduction des méfaits jumelée à un logement-services peut constituer un moyen efficace de répondre aux besoins des sans-abri aux prises avec des problèmes de toxicomanie.

2. Les ouvrages dans ce domaine sont sans équivoque : pour que le traitement des sans-abri aux prises avec des problèmes de toxicomanie soit efficace, il faut « des services complets, très intégrés et axés sur le client ainsi qu'un logement stable »[1]. Le logement est essentiel, pendant et après le traitement. Notre analyse documentaire a également révélé qu'il est de plus en plus évident que le logement-services est essentiel, *peu importe* le traitement. Dans les initiatives dont le profil est dressé dans ce rapport, nous avons observé qu'un logement sûr et stable constitue un élément clé permettant aux occupants et participants aux programmes de s'occuper de leurs problèmes de toxicomanie et de réduire les mauvaises répercussions de leur toxicomanie, de réduire leur consommation ou de devenir abstinents.

3. Les initiatives dont il est question dans ce rapport ont révélé que leurs participants avaient apporté certains changements favorables depuis leur adhésion à celles-ci. L'un des changements les plus fréquents observés a été la stabilité d'occupation du logement. L'utilisation d'une démarche de réduction des méfaits, assortie d'une souplesse et axée sur les besoins particuliers de chaque client, a été jugée comme l'un des facteurs clés de la réussite des initiatives.

Principaux informateurs des organismes

Les initiatives exposées dans les études de cas répondent de manière efficace aux besoins des sans-abri toxicomanes. Tous les principaux informateurs des organismes ont déclaré que leurs clients avaient apporté des changements favorables dans leur vie depuis leur adhésion à une initiative. Les changements les plus fréquemment observés touchaient la stabilisation du logement, la consommation de substances toxiques, la santé physique et mentale et le revenu. Ces informateurs ont également révélé que certains de leurs clients participaient à une formation professionnelle, tandis que d'autres étaient retournés à l'école. De plus, certains clients ont pu établir des réseaux sociaux et/ou rétablir un lien avec leur famille.

[1] Kraybill, Ken, Suzanne Zerger et National Health Care for the Homeless Council. 2003. *Providing Treatment for Homeless People with Substance Use Disorders, Case Studies of Six Programs*. National Health Care for the Homeless Council, p. 16. (Document diffusé dans le site Web www.nhchc.org)

À la question leur demandant quels étaient, selon eux, les services les plus efficaces qu'ils fournissaient, presque tous ces informateurs ont mentionné le logement. Le logement procure la sécurité et la tranquillité nécessaires pour que les clients commencent à réduire leur consommation de substances toxiques. Le logement offre également à ses occupants une assise d'où ils peuvent lier des amitiés, apprendre à se connaître et à se respecter, établir leurs propres réseaux et s'intégrer à la collectivité.

Les principaux informateurs des organismes ont également invoqué les motifs de réussite suivants :

- démarche de réduction des méfaits — qui fournit le contexte d'une souplesse et d'une démarche axée sur le client dans la collaboration avec les résidents et participants au programme;
- gestion des cas souple et intensive — fondée sur une relation de confiance et de respect, y compris sur une relation qui contribue à donner de l'espoir, de l'optimisme et de véritables possibilités de surmonter l'itinérance;
- haut niveau de soutien — surtout le soir et les fins de semaine;
- rôle du personnel — son approche, son attitude de serviabilité et sa façon de traiter les participants avec respect;
- collaboration entre les organismes — en particulier entre l'organisme de logement et les fournisseurs de services;
- liens avec les services communautaires — pour aider les participants à prendre part aux activités de la collectivité et à pouvoir contribuer à cette dernière;
- activités sociales pour les résidents et participants aux programmes — notamment des repas communautaires;
- stabilité de l'apport de fonds.

Résidents et participants aux programmes

Les renseignements fournis par ces informateurs sont confirmés par les dires des résidents et participants aux programmes. À la question leur demandant à quels facteurs ils attribuaient surtout les changements qu'ils avaient apportés dans leur vie, ces derniers ont mentionné le plus souvent le logement — le fait d'avoir un lieu où habiter. Les participants ont également mentionné à quel point les changements apportés dans leur vie étaient attribuables au soutien qu'ils avaient reçu de l'organisme visé par l'étude de cas. Ils ont souligné qu'ils apprécient le personnel amical, attentionné, d'un grand soutien, sensible, serviable et compatissant. Ils veulent qu'on les traite avec respect, « comme des personnes ». Selon eux, il est important que le personnel soit bien formé et bien informé de leurs problèmes. Les participants ont également affirmé qu'il est important que le personnel ait de l'expérience — une expérience de travail avec la clientèle cible et aussi une véritable expérience de la vie.

> On se préoccupe surtout de « l'habilitation » en mettant l'accent sur les forces et les ressources des personnes plutôt que sur les substances qu'elles consomment.
>
> *Services à la Communauté (CDC), Montréal*

Lorsqu'ils se sont exprimés sur ce qui comptait pour eux en matière de logement, les participants ont indiqué qu'ils voulaient un logement abordable dans un quartier tranquille, loin des revendeurs de rue, mais près des transports en commun, des commodités et des services. Évidemment, il faut tout un éventail de choix de logement pour répondre aux besoins de cette clientèle. Si certains préfèrent l'anonymat et la relation stricte de « locateur locataire » qu'on trouve dans les logements dispersés, d'autres préfèrent la camaraderie, les activités de groupe et le sentiment d'appartenance à la collectivité qu'on trouve dans les immeubles spécialement réservés.

Bien que les principaux informateurs des organismes, tout comme les résidents et participants aux programmes, aient souligné l'importance du logement et du soutien, c'est le *jumelage* de ces deux éléments qui est le secret de la réussite. Les résidents et participants aux programmes avaient déjà obtenu un logement à maintes reprises, mais en vain. La plupart des fournisseurs de logements ne les voudraient plus comme clients. Ce qui rend les études de cas ou initiatives documentées dans ce rapport si fascinantes, c'est le fait de constater à quel point elles ont réussi à aider les participants à transformer leur vie.

Les changements sont particulièrement remarquables, d'autant qu'on *exige* si peu des clients qu'ils prennent part à des programmes ou qu'ils se transforment. Néanmoins, la relation entre le personnel et ses clients n'est pas libre de toute contrainte. Si la participation aux services est toujours volontaire, le personnel stimule l'engagement des clients et leur participation à la planification des services, aux traitements externes et à l'utilisation des services. Offrir des choix est probablement un autre secret de la réussite. Comme l'a laissé entendre un informateur principal, cette réussite est attribuable au fait d'offrir aux clients le traitement qu'ils veulent et de leur permettre de choisir le traitement dont ils ont besoin. Par contre, l'étude montre qu'il n'y a pas de modèle ou de démarche unique répondant aux besoins de toutes les personnes.

Hearth Connection considère qu'il est plus facile et plus avantageux d'intégrer les services de soutien et de mettre l'accent sur d'autres causes profondes des comportements dangereux et risqués lorsque les participants sont logés que lorsqu'ils sont dans la rue ou dans un refuge et qu'ils sont surtout préoccupés par leur survie. Toutefois, la démarche « priorité au logement » ne signifie pas que les services de soutien sont relégués au second rang. Les participants sont épaulés dès qu'ils s'inscrivent au programme, alors qu'ils sont encore dans la rue, puis pendant leur recherche d'un logement et aussi longtemps qu'ils en ont besoin une fois qu'ils ont trouvé où se loger.

QUESTIONS À APPROFONDIR DANS LE CADRE D'AUTRES RECHERCHES

De cette recherche sont ressorties plusieurs questions qui méritent d'être approfondies, notamment :

- Quels sont les avantages et les inconvénients des logements spécialement réservés par rapport aux logements dispersés, et dans quelles circonstances vaut-il mieux préférer une démarche à l'autre?
- Quelles sont les meilleures façons d'aider les personnes qui étaient itinérantes à établir des réseaux sociaux et à s'intégrer à la collectivité?
- Quelles sont les bonnes stratégies à adopter pour gérer la coexistence de résidents abstinents (et en particulier ceux qui le sont depuis peu) avec ceux ne l'étant pas?

CONCLUSIONS

La constatation la plus importante que nous pouvons peut-être tirer de cette étude est le degré de réussite qui peut être atteint grâce à la démarche accordant la « priorité au logement ». Les études de cas montrent que la plupart des sans-abri, y compris ceux qui souffrent de toxicomanie et d'autres troubles concomitants, peuvent passer directement de la rue à un logement stable si on leur procure les bons services au moment où ils les demandent.

S'il faut tout un éventail de services et de choix de logement pour régler le problème de l'itinérance, cette recherche recommande que les politiques et programmes adoptés pour venir en aide aux sans-abri soient élargis pour permettre une démarche donnant « priorité au logement », de sorte que ces personnes aient un accès direct à un logement permanent et reçoivent des services au besoin et sur demande.

Ce rapport recommande en outre que les politiques et les programmes visant à résoudre le problème de l'itinérance reposent sur le principe de la « centralité du client ». Cela veut dire offrir aux sans-abri des choix de logement et se demander si la distinction entre le logement « permanent » et le logement de « transition » s'avère encore utile et s'il y a lieu d'imposer des limites à la durée du séjour d'un résident et, le cas échéant, dans quelles circonstances. Les résultats de cette étude montrent clairement que, si l'on vise à mettre un terme à l'itinérance, la démarche « priorité au logement » est la solution à adopter dans de nombreux cas.

Il faudrait bannir l'expression « difficile à loger ». Les entrevues montrent que les sans-abri ayant des besoins complexes peuvent être logés avec succès, pourvu qu'ils aient le type de soutien répondant à leurs besoins. Les participants ont exprimé sans équivoque ce qui compte pour eux. Ils veulent qu'on les traite avec respect, et non comme des numéros. Il est également important de tenir compte de leurs forces. Une participante a souligné que les locataires de son immeuble sont « touchants et magnifiques. Il est important d'en tenir compte ».

On est de plus en plus sensibilisé à la notion de réduction des méfaits, mais la compréhension de cette notion n'est pas encore répandue. Ce rapport recommande qu'on forme et qu'on informe davantage les gens sur la réduction des méfaits et sur la façon dont elle peut fonctionner. Les chercheurs croient qu'une meilleure compréhension de cette démarche et de ses répercussions favorables atténuerait certaines croyances erronées ou défavorables. L'adhésion à cette démarche et le soutien qu'on y apportera croîtront à mesure que davantage de décideurs seront informés sur la possibilité que la réduction des méfaits produise des résultats favorables.

Le point particulièrement important qui ressort des constatations tirées de ces études de cas, c'est que si l'on peut trouver des solutions pour cette clientèle — qui a des besoins complexes et vit dans la rue depuis plus longtemps que tout autre clientèle — alors on pourra peut-être appliquer les éléments clés des études de cas, dont la « priorité au logement » ou une démarche axée sur le client, à d'autres clientèles itinérantes — dont celle qui l'est depuis peu et qui n'est pas confrontée à la multitude de problèmes auxquels font face quotidiennement les personnes faisant l'objet de ce rapport.

Tableau 1 : Les 13 études de cas montrant le type de clients desservis et le type de logement utilisé

Ensemble résidentiel	Type de clients	Type d'habitation	Nombre de logements	Type de logements	Type de fournisseur	Logements dispersés ou spécialement réservés [2]
Canada						
1. Princess Rooms, Vancouver	• Célibataires, hommes ou femmes • Sans-abri chroniques qui utilisent très fréquemment les refuges et ont des besoins de santé complexes, des comportements problématiques et des antécédents d'éviction • La plupart ont des problèmes de santé mentale diagnostiqués et de toxicomanie et des troubles concomitants	Transitoire. Aucune durée maximale de séjour	45	Chambre privée avec cuisinette. Salle de bains commune	Sans but lucratif	Spécialement réservés
2. Eva's Satellite, Toronto	• Jeunes (16 à 24 ans) • Sans-abri • La plupart consomment des drogues et/ou de l'alcool et sont incapables d'avoir accès aux refuges principaux s'adressant aux jeunes abstinents	Refuge. Aucune durée maximale de séjour	30	Partagés	Sans but lucratif	Spécialement réservés
3. Association canadienne pour la santé mentale (ACSM), Ottawa	• La plupart des hommes ou femmes célibataires • Quelques familles avec enfants • Sans-abri ou risquant de le devenir • Graves maladies mentales et, parfois, problèmes de toxicomanie (troubles concomitants)	Permanent	80	La plupart autonomes	Logements locatifs, en copropriété[3] ou sans but lucratif	La plupart dispersés
4. Projet de santé urbaine d'Ottawa, Ottawa	• Adultes célibataires, la plupart des hommes • Sans-abri chroniques • Besoins de santé complexes et comportements problématiques. Tous ont des besoins physiques touchant des problèmes de toxicomanie et de santé mentale	Éventail complet, depuis le logement à court terme jusqu'au logement permanent	Aucun nombre fixe	Divers choix : logements partagés et autonomes	Sans but lucratif	Spécialement réservés et dispersés
5. Services à la Communauté (CDC), Montréal	• Adultes célibataires, hommes ou femmes • Sans-abri • Problèmes de toxicomanie	Permanent	Aucun nombre fixe	Divers choix : logements partagés et logements autonomes	Sans but lucratif	Spécialement réservés
6. Chambreclerc II, Montréal	• Adultes célibataires, hommes ou femmes • Sans-abri chroniques • Problèmes de santé mentale et troubles de toxicomanie	Permanent	24 chambres	Chambres privées. Cuisines et salles de bains partagées	Sans but lucratif	Spécialement réservés

[2] Tout l'immeuble est réservé à la clientèle cible ou à une clientèle analogue.

[3] Logements appartenant à l'organisme de parrainage du programme, soit l'ACSM, et loués à ses clients

Tableau 1 : Les 13 études de cas montrant le type de clients desservis et le type de logement utilisé (suite)

Ensemble résidentiel	Type de clients	Type d'habitation	Nombre de logements	Type de logements	Type de fournisseur	Logements dispersés ou spécialement réservés
États-Unis						
7. Lyon Building, Seattle	• Adultes célibataires, hommes ou femmes • Sans-abri • Au moins deux des trois diagnostics suivants : VIH/SIDA, maladie mentale et problèmes de toxicomanie	Permanent	64 logements	Autonomes	Sans but lucratif	Spécialement réservés
8. Supportive Housing and Managed Care Pilot (SHMCP), Minneapolis	• Familles avec enfants • Hommes et femmes célibataires • Longs antécédents d'itinérance et utilisation fréquente de services • L'itinérance est aggravée par d'autres problèmes, dont des problèmes de santé physique ou mentale, de dépendance chimique et de traumatisme	Permanent	144 ménages desservis	Autonomes	La plupart des logements locatifs privés, quelques uns des logements sans but lucratif	La plupart dispersés
9. Anishnabe Wakiagun, Minneapolis	• Adultes célibataires, hommes ou femmes, dont la plupart sont amérindiens • Ex-sans-abri, dont la plupart proviennent de la rue ou d'établissements de désintoxication • La plupart souffrent d'alcoolisme chronique en phase terminale	Permanent	40 chambres	Chambre privée. Salles de bains partagées. L'établissement offre des repas.	Sans but lucratif	Spécialement réservés
10. Pathways to Housing, New York	• Adultes célibataires, hommes ou femmes • Sans-abri chroniques souffrant de maladie mentale • 90 % souffrent de troubles de toxicomanie	Permanent	500 locataires	Autonomes	Privés	Dispersés
Royaume-Uni						
11. Heavy Drinkers Project, Manchester	• Adultes célibataires, hommes ou femmes • Bon nombre sont sans-abri et ont de longs antécédents d'instabilité de logement • Buveurs excessifs depuis longtemps	Permanent	36 places	Divers choix : logements partagés et autonomes	Sans but lucratif	Spécialement réservés
12. In Partnership Project, Blackburn	• Jeunes femmes célibataires (16 à 25 ans) • La plupart ont eu une vie très chaotique • Problèmes de toxicomanie	Transitoire — 2 ans maximum	17 logements	Autonomes	Sans but lucratif	Spécialement réservés
Ensemble résidentiel en cours de planification						
13. Situation Appropriate Supportive Housing (SASH), Halifax	• Adultes célibataires, hommes ou femmes • Sans-abri • Souffrent de déficiences importantes en raison d'une maladie mentale et de problèmes concomitants de toxicomanie	Transitoire (aucune durée maximale de séjour) Logements d'urgence	25 logements	Les logements transitoires sont autonomes. Les logements d'urgence comportent une chambre et une salle de bain privées	Sans but lucratif	Spécialement réservés

Tableau 2 - Modèle de prestation de services utilisé dans chaque étude de cas

Ensemble résidentiel	Modèle de prestation de services	Démarche de réduction des méfaits et toxicomanie
Canada		
1. Princess Rooms, Vancouver	Version modifiée de la gestion intensive de cas/des équipes de traitement communautaire dynamique. Personnel sur place en tout temps. Comprend également des entrevues motivationnelles*, le modèle des forces personnelles (axé sur les ressources et les capacités des clients), la réadaptation psychosociale, la gestion de cas par étapes, l'évaluation complète, les aptitudes à la vie quotidienne et les aptitudes sociales.	Utilisation de la réduction des méfaits comme ensemble de croyances, de principes et de stratégies visant à aider les résidents à réduire au minimum les méfaits découlant de comportements à risque élevé. Cette démarche comprend l'apport d'une aide aux résidents pour qu'ils se tournent vers des substances moins néfastes et qu'ils réduisent leur consommation. Triage encourage aussi les résidents qui souhaitent adhérer à un programme de traitement de leur toxicomanie.
2. Eva's Satellite, Toronto	Insiste sur le respect de la dignité et de l'autodétermination personnelles de tous les clients, d'où des décisions et des recommandations centrées sur les clients, l'explication des décisions aux clients de manière claire et respectueuse, le respect de la confidentialité des renseignements sur les clients et la prestation des services et des programmes pertinents.	Cette démarche suppose que les intervenants établissent une relation empreinte d'honnêteté et de confiance avec chaque jeune, en s'engageant avec lui à le soutenir à faire un pas à la fois et en l'informant des façons de préserver sa santé et de réduire les méfaits découlant de son mode de vie et de sa toxicomanie. Cette démarche vise à ce que les clients soient plus en sécurité et plus en santé grâce à la prise de décisions utiles par et pour eux mêmes.
3. Association canadienne pour la santé mentale (ACSM), Ottawa	Gestion intensive de cas à court terme et à long terme jusqu'à 22 h tous les jours de l'année. Les services sont souples et ambulants — ils suivent les clients où qu'ils soient. L'intensité fluctue selon le client. Ce modèle comprend des entrevues motivationnelles. Il est offert là où le client le désire — à domicile ou dans la rue.	Encourage les clients à réduire leur consommation ou à se tourner vers des substances moins néfastes.
4. Projet de santé urbaine d'Ottawa (PSUO), Ottawa	Services offerts à plusieurs niveaux — le premier étant les soins de santé, objectif principal du PSUO. Ce modèle comprend tous les éléments nécessaires pour stabiliser et améliorer la santé du client, depuis la fourniture d'alcool non nocif jusqu'au traitement des problèmes de santé. Les autres services reposent sur les objectifs du client. Des organismes partenaires peuvent y participer pour l'aider à réaliser ses objectifs. Un soutien à long terme est offert aux clients souffrant de maladie mentale grave ou persistante par l'intermédiaire de l'Association canadienne pour la santé mentale ou les programmes d'équipes de traitement communautaire dynamique.	La réduction des méfaits suppose qu'on ne se borne pas à la gestion d'un seul problème (comme pour le diabète, par exemple); elle tient compte du contexte plus large et s'occupe des autres comportements qui causent des méfaits dans la vie des personnes. Cette démarche repose sur le fait d'obtenir des personnes qu'elles songent à l'idée que leur vie puisse être différente. La réduction de la consommation de substances toxiques ne constitue un objectif que si le client vise cet objectif.
5. Services à la Communauté (CDC), Montréal	Fluctue d'un ensemble résidentiel à un autre. La plupart des immeubles sont pourvus d'un personnel permanent, mais ils comptent sur les organismes publics ou communautaires pour la prestation de services tels que les services de santé.	On se préoccupe surtout de « l'habilitation » en mettant l'accent sur les forces et les ressources des personnes plutôt que sur les substances qu'elles consomment.
6. Chambreclerc II, Montréal	Un éventail de services est offert, dont certains dans l'ensemble résidentiel même (activités récréatives, repas communautaires, etc.), alors que d'autres services font partie du réseau de services du centre ville (services de santé, etc.). Le personnel travaille avec les clients de façon individuelle. Du personnel est présent sur place en moyenne 21 heures par jour.	La démarche consiste à faire prendre conscience aux résidents des répercussions de leur toxicomanie et à les aider à trouver des moyens pour atténuer les problèmes qui en découlent. Par réduction des méfaits, on entend la réduction de la consommation de substances toxiques, l'apport de changements aux habitudes de consommation (dont l'abandon des drogues dures et l'élimination sûre des seringues utilisées) ou le fait de s'assurer que la consommation ne s'accroit pas. On sait qu'il s'agit là d'un projet à long terme risquant fort d'être ponctué de rechutes et de difficultés.

* « L'entrevue motivationnelle est [...] une méthode populaire d'intervention dans le domaine de la toxicomanie et de l'alcoolisme. Bon nombre d'intervenants estiment qu'il s'agit d'un outil efficace de travail avec les personnes ayant un comportement compulsif ou de dépendance. L'entrevue motivationnelle est une démarche axée sur le client et qui l'amène, de façon stratégique, à examiner, à explorer, et à résoudre l'ambivalence qu'il a à l'égard de son comportement [... Elle] repose sur l'hypothèse selon laquelle les personnes sont attachées à leurs comportements [...] » www.smmgp.demon.co.uk/html/articles/art004.htm

Tableau 2 : Modèle de prestation de services utilisé dans chaque étude de cas (suite)

Ensemble résidentiel	Modèle de prestation de services	Démarche de réduction des méfaits et toxicomanie
États-Unis		
7. Lyon Building, Seattle	Gestion de cas fondée sur le soutien de la collectivité et comportant trois volets : la gestion de cas recommandés par les organismes de prestation de services, les services de soutien clinique sur place et un programme résidentiel souple conçu pour favoriser la réussite du logement. Des entrevues motivationnelles sont utilisées pour aider les locataires à résoudre leurs problèmes de toxicomanie.[5] Personnel sur place à toute heure.	Le but visé est d'aider les locataires à réduire les effets nocifs de leur toxicomanie et de favoriser une relation dans le cadre de laquelle le personnel et les locataires peuvent collaborer ensemble à l'établissement d'un « rapport thérapeutique » et à l'élaboration de stratégies de réduction de la toxicomanie. Le personnel véhicule un message cohérent visant à encourager les locataires à apporter des changements dans leur vie en vue de réduire leur consommation de substances toxiques, de se tourner vers des substances moins néfastes ou d'entreprendre un traitement. L'une des devises du personnel est « la persistance, mais non l'insistance ».
8. Supportive Housing and Managed Care Pilot (SHMCP), Minneapolis	Gestion de cas. Les services sont souples, créatifs et tributaires des objectifs de chaque participant. Une équipe d'intervenants utilise une version modifiée des équipes de traitement communautaire dynamique. Certaines équipes de fournisseurs de services embauchent du personnel de diverses disciplines, dont du personnel infirmier, des travailleurs sociaux et des psychologues, ou désignent des employés comme spécialistes dans un domaine en particulier, dont la toxicomanie, la santé mentale ou la réduction des méfaits. Selon les clients ou leur famille, le personnel utilise des techniques comme l'apport de changements par étapes[6] et les entrevues motivationnelles pour engager les participants à réduire les méfaits dans leur vie.	On encourage toujours les participants à réduire leur consommation. On ne ferme jamais les yeux sur la consommation de substances toxiques, mais les intervenants sont sensibles au degré de difficulté que présente la dépendance et au fait que cette dépendance se conjugue souvent avec des problèmes de santé mentale et émotionnelle. Les intervenants travaillent en étroite collaboration avec les participants pour s'assurer qu'ils comprennent que leur toxicomanie est néfaste non seulement pour leur santé, mais encore pour leur famille, leurs amitiés, leur logement et leur emploi.
9. Anishnabe Wakiagun, Minneapolis	Un gestionnaire de cas se préoccupe principalement des problèmes médicaux et de santé. Il aide les clients à accéder aux services les plus pertinents. Des aspects du programme et des services sont spécialement conçus en fonction des valeurs des Autochtones. Deux employés sont en service en tout temps.	Les résidents de Wakiagun peuvent consommer de l'alcool dans leur chambre, mais on leur interdit d'en consommer dans les aires publiques de l'immeuble ou sur le terrain à l'extérieur et lorsque des amis leur rendent visite. La consommation de drogues dans l'immeuble peut entraîner l'expulsion immédiate de la personne fautive, et Wakiagun n'autorise ni la possession, ni l'utilisation, ni la distribution de drogues illégales.
10. Pathways to Housing, New York	Équipe de traitement communautaire dynamique composée de travailleurs sociaux, de personnel infirmier, de psychiatres, d'orienteurs professionnels et de conseillers en toxicomanie disponibles en tout temps. Les clients peuvent choisir la fréquence des services qu'ils reçoivent et leur type. L'équipe comprend également un spécialiste en habitation chargé de coordonner les services de logement. Le logement et les traitements sont étroitement liés, mais distincts. Les clients peuvent accepter un logement tout en refusant les services cliniques.	Aucune obligation de sobriété ou de traitement psychiatrique n'est imposée aux clients, mais les équipes de traitement communautaire dynamique offrent leur soutien. Il est normal que les clients aient des rechutes, et on doit s'y attendre.

[5] Cette démarche vise à aider les locataires à résoudre leur ambivalence et à explorer des possibilités de changement de leurs comportements de toxicomanie.

[6] Stades de changement : « stades (F)ondamentaux que traverse habituellement la personne qui change ses comportements : pré-réflexion, réflexion, action et maintien des changements. » http://vhaaidsinfo.cio.med.va.gov/aidsctr/safer-sex/ss16.htm

Tableau 2 : Modèle de prestation de services utilisé dans chaque étude de cas (suite)

Ensemble résidentiel	Modèle de prestation de services	Démarche de réduction des méfaits et toxicomanie
Royaume-Uni		
11. Heavy Drinkers Project, Manchester	Prestation de services axés sur l'apprentissage de l'autonomie fonctionnelle, la résolution des problèmes liés à la consommation d'alcool et les échanges sur les besoins et les aspirations. Les membres du personnel font office de coordonnateurs des autres services et sont sur place 24 heures sur 24. On s'efforce aussi d'aider les résidents à obtenir les services prévus par la loi.	On n'exige pas des résidents qu'ils réduisent leur consommation d'alcool ou qu'ils cessent de consommer. On les aide plutôt à régler des questions comme le logement, les soins de santé, les réseaux sociaux, la famile et l'emploi. Les résidents sont invités à prendre conscience des conséquences de leur consommation, à opter pour des types d'alcool moins nocifs et, avec le temps, à réduire leur consommation.
12. In Partnership Project, Blackburn	Séances de travail individuelles ou en groupe. Les services sont fournis par les membres du personnel ou des partenaires extérieurs. Le cadre de travail des services de soutien s'articule autour d'un programme de jour structuré, lequel est personnalisé pour chaque résident.	La démarche consiste à aider les résidents à opter pour un usage plus sûr des substances toxiques (comme l'emploi de seringues propres). On ne met pas l'accent sur la réhabilitation et la désintoxication, mais plutôt sur la préparation des femmes à cette étape, si c'est ce qu'elles souhaitent.
En cours de planification		
13. Situation Appropriate Supportive Housing (SASH), Halifax	On prévoit recourir à la gestion de cas. Chaque résident sera jumelé à un membre du personnel qui deviendra sa principale ressource et son gestionnaire de cas. La stratégie sera axée sur l'intégration des ressources pour les soins de santé et les services sociaux et sur les « mesures efficaces » à un moment donné pour un individu donné. Comme pour d'autres bâtiments, la MNPHA prévoit aussi mettre en place une démarche de développement communautaire. On souhaite faire en sorte que trois personnes soient en service en tout temps.	On vise à « accepter les gens là où ils en sont dans leur cheminement » et à offrir des logements assortis de très peu de contraintes. Les résidents ne seront pas tenus de prendre part à des programmes de guérison ni de prendre leurs médicaments s'ils ne le souhaitent pas. La MNPHA espère que les résidents choisiront d'entreprendre ces activités, mais elle ne les obligera pas à le faire.

Directeur de projet : Jim Zamprelli

Consultants pour le projet de recherche :
Deborah Kraus, consultante
Luba Serge, consultante
Michael Goldberg, Social Planning and Research Council of B.C.

Recherche sur le logement à la SCHL

Aux termes de la partie IX de la *Loi nationale sur l'habitation*, le gouvernement du Canada verse des fonds à la SCHL afin de lui permettre de faire de la recherche sur les aspects socio-économiques et techniques du logement et des domaines connexes, et d'en publier et d'en diffuser les résultats.

Le présent feuillet documentaire fait partie d'une série visant à vous informer sur la nature et la portée du programme de recherche de la SCHL.

Pour consulter d'autres feuillets *Le Point en recherche* et pour prendre connaissance d'un large éventail de produits d'information, visitez notre site Web à

www.schl.ca

ou communiquez avec la

Société canadienne d'hypothèques et de logement
700, chemin de Montréal
Ottawa (Ontario)
K1A 0P7

Téléphone : 1 800 668-2642
Télécopieur : 1 800 245-9274

©2005, Société canadienne d'hypothèques et de logement
Imprimé au Canada
Réalisation : SCHL 16-08-05

NOTRE ADRESSE SUR LE WEB : www.schl.ca

Bien que ce produit d'information se fonde sur les connaissances actuelles des experts en habitation, il n'a pour but que d'offrir des renseignements d'ordre général. Les lecteurs assument la responsabilité des mesures ou décisions prises sur la foi des renseignements contenus dans le présent ouvrage. Il revient aux lecteurs de consulter les ressources documentaires pertinentes et les spécialistes du domaine concerné afin de déterminer si, dans leur cas, les renseignements, les matériaux et les techniques sont sécuritaires et conviennent à leurs besoins. La Société canadienne d'hypothèques et de logement se dégage de toute responsabilité relativement aux conséquences résultant de l'utilisation des renseignements, des matériaux et des techniques contenus dans le présent ouvrage.

64032